

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA JUANA MIRANDA

**ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR
COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN
PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO
DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GÍNECO-
OBSTÉTRICO “ISIDRO AYORA” EN EL PERÍODO ENERO-
DICIEMBRE DEL 2011.**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de
Obstetriz**

AUTORAS:

JENNY NATHALY CHAMBA RIVERA

ANGÉLICA JEANNETH CUZCO ESPINOZA

TUTOR:

DR. ARTURO POZO ÁVALOS

Quito, Octubre 2012

DEDICATORIA

*A nuestros amados hijos
por ser fuente de
inspiración para ser cada
día mejores y lograr el
cumplimiento de nuestras
metas para poder
brindarles un futuro mejor.*

Las Autoras

RECONOCIMIENTOS

A:

Dios por bendecirnos siempre y darnos fortaleza para
día a día seguir adelante.

Nuestros queridos padres por su amor, por brindarnos
su apoyo incondicional moral y económico durante la
formación de nuestra carrera.

Nuestro querido tutor Dr. Arturo Pozo Ávalos por
guiarnos durante la elaboración del presente trabajo.



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA
"JUANA MIRANDA"



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, CHAMBA RIVERA JENNY NATHALY

en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre "ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2011", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, DM. 16 de octubre de 2012



FIRMA

C.C. 1719203224

nathy0890@hotmail.com



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA
"JUANA MIRANDA"



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, CUZCO ESPINOZA ANGÉLICA JEANNETH

en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre "ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2011", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, DM. 16 de octubre de 2012

FIRMA

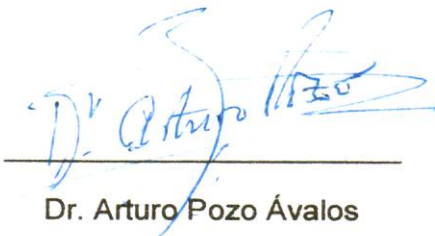
C.C. 1720871662

angyangelprecioso@hotmail.com

INFORME DE APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo de Grado, presentado por las señoritas: JENNY NATHALY CHAMBA RIVERA Y ANGÉLICA JEANNETH CUZCO ESPINOZA, para optar el Título de OBSTETRIZ cuyo tema es: "ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO- OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO - DICIEMBRE DEL 2011". Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Quito a los diecinueve días del mes de Octubre del dos mil doce.



Dr. Arturo Pozo Ávalos

TUTOR



N° 1913345

1.00 USD.

ACTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Quito, a los diecinueve días del mes de octubre de dos mil doce, se procede a la revisión del Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Título de **OBSTETRIZ**.

TEMA:

"ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GÍNECO-OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2011".


AUTOR:

CHAMBA RIVERA JENNY NATHALY


RESULTADO DEL INFORME:

APROBADO

Para constancia de lo actuado suscriben el presente documento en un original y dos copias de igual contenido las personas que en ella intervienen.


Obst. Ximena Cevallos, MSc
DIRECTORA


Dr. Arturo Pozo Ávalos
DOCENTE INVESTIGACIÓN


Obst. Cecilia Tapia
JEFE INTERNADO ROTATIVO



" TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA "



N° 1913344

1.00 USD.

ACTA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Quito, a los diecinueve días del mes de octubre de dos mil doce, se procede a la revisión del Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Título de **OBSTETRIZ**.

TEMA:

"ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR COLPOSCOPIA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE 15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2011".

AUTOR:

CUZCO ESPINOZA ANGÉLICA JEANNETH

RESULTADO DEL INFORME:

APROBADO

Para constancia de lo actuado suscriben el presente documento en un original y dos copias de igual contenido las personas que en ella intervienen.


Obst. Ximena Cevallos, MSc
DIRECTORA


Dr. Arturo Pozo Ávalos
DOCENTE INVESTIGACIÓN


Obst. Cecilia Tapia
JEFE INTERNADO ROTATIVO



" TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA "

CONTENIDO

	pág.
Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Autorización de la autoría intelectual.....	iv – v
Informe de aprobación del tutor	vi
Acta de presentación de trabajos de investigación	vii –viii
Contenido.....	ix
Lista de tablas	x
Lista de gráficos	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
 I CAPÍTULO	
Introducción	1
Planteamiento y formulación del problema.....	2
Objetivos.....	3
Justificación.....	4
 II CAPÍTULO	
Marco teórico.....	5 - 16
Sistema de variables.....	17 - 19
 III CAPÍTULO	
Metodología de la Investigación.....	20
Recursos	21
Análisis de los datos y resultados.....	22 - 39
Conclusiones	40 - 41
 IV CAPÍTULO	
Bibliografía	42 - 43
Anexos.....	44 - 49

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Edad	22
Cuadro 2. Etnia	23
Cuadro 3. Estado civil	24
Cuadro 4. Instrucción	25
Cuadro 5. Ocupación	26
Cuadro 6. Zona de residencia	27
Cuadro 7. Paridad	28
Cuadro 8. Inicio de vida sexual	29
Cuadro 9. Número de parejas sexuales	30
Cuadro 10. Métodos de planificación familiar	31
Cuadro 11. Proceso infeccioso genital actual	32
Cuadro 12. Procesos infecciosos en el tracto genital inferior	33
Cuadro 13. Diagnóstico clínico	34
Cuadro 14. Diagnóstico sistema Bethesda	36
Cuadro 15. Diagnóstico colposcópico	37
Cuadro 16. Cuadro comparativo de diagnósticos	38

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Edad.....	22
Gráfico 2. Etnia.....	23
Gráfico 3. Estado civil.....	24
Gráfico 4. Instrucción.....	25
Gráfico 5. Ocupación.....	26
Gráfico 6. Zona de residencia.....	27
Gráfico 7. Paridad.....	28
Gráfico 8. Inicio de vida sexual.....	29
Gráfico 9. Número de parejas sexuales.....	30
Gráfico 10. Métodos de planificación familiar.....	31
Gráfico 11. Proceso infeccioso genital actual.....	32
Gráfico 12. Procesos infecciosos en el tracto genital inferior.....	33
Gráfico 13. Diagnóstico clínico.....	35
Gráfico 14. Diagnóstico sistema Bethesda.....	36
Gráfico 15. Diagnóstico colposcópico.....	37
Gráfico 16. Cuadro comparativo de diagnósticos.....	39

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**ALTERACIONES CERVICALES DIAGNOSTICADAS POR
COLPOSCOPÍA, POST PAPANICOLAOU ATÍPICO, EN PACIENTES DE
15 A 45 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL GÍNECO- OBSTÉTRICO “ISIDRO AYORA” EN EL
PERÍODO ENERO- DICIEMBRE DEL 2011.**

**AUTORAS: JENNY CHAMBA
ANGÉLICA CUZCO**

TUTOR: DR. ARTURO POZO A.

FECHA: OCTUBRE 2012

RESUMEN

El presente estudio descriptivo, documental y retrospectivo realizado en el Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” con la participación de 275 mujeres, mediante la revisión de historias clínicas, tuvo como objetivo determinar cuáles son las alteraciones colposcópicas más frecuentes y correlacionarlas con las citologías atípicas. Encontrándose los siguientes resultados: dentro de los estudios colposcópicos el 20% son normales, en nuestro estudio no incluimos citologías negativas; encontramos por colposcopia cervicitis 36%, por Papanicolaou citología inflamatoria 44%; Lesión intraepitelial de bajo grado por colposcopia 31%, por Papanicolaou 24%; Lesión intraepitelial de alto grado por colposcopia 6%, por Papanicolaou 4%; casos de cáncer por colposcopia 2% por Papanicolaou 0%, atípia glandular por colposcopia 2% por Papanicolaou 6%; Atípia escamosa por Papanicolaou 22% por colposcopia 0%; hallazgos misceláneos por colposcopia 3%.

PALABRAS CLAVE: PRUEBA DE PAPANICOLAOU, COLPOSCOPÍA, DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO/PATOLOGÍA.



es, francés, italiano, alemán y portugués.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
SCHOOL OF MEDICINE
OBSTETRICS**

**CERVICAL DISORDERS DIAGNOSED THROUGH COLPOSCOPY, ATYPICAL
POST-PAPANICOLAOU, IN 15 AND 45 YEARS OLD PATIENTS ATTENDED IN
AMBULATORY SERVICES IN THE HOSPITAL GINECO- OBSTÉTRICO
"ISIDRO AYORA" IN THE PERIOD JANUARY- DECEMBER 2011.**

**AUTHORS: JENNY CHAMBA
ANGÉLICA CUZCO
TUTOR: DR. ARTURO POZO A.
DATE: OCTOBER 2012**

ABSTRACT

The current descriptive, documentary and retrospective study was conducted in the Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" with the involvement of 275 women, by checking their medical histories, and was intended to determine which were most common colposcopy alterations and were then correlated to atypical cytology. The following results were found, in colposcopy studies 20% are normal. The study did not include negative cytology; 36% of colposcopy were cervical infection, regarding Papanicolaou there was 44% inflammatory cytology; low intraepithelial injury through colposcopy 31%, through Papanicolaou 24%; high intraepithelial injury through colposcopy 6%, through Papanicolaou 4%; cancer through colposcopy 2%, through Papanicolaou 0%, glandular atypical appearance through colposcopy 2%, through Papanicolaou 6%; scaly atypical appearing through Papanicolaou 22%, through colposcopy 0%; miscellaneous findings through colposcopy 3%.

**KEYWORDS: PAPANICOLAOU TEST, COLPOSCOPY, CERVIX DYSPLASIA /
PATHOLOGY.**

I certify that I am fluent in both English and Spanish languages and that I have prepared the attached translation from the original in the Spanish language to the best of my knowledge and belief.

**Ernesto Andino G.
Translator**



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento.¹

La citología cervical atípica es un diagnóstico que no justifica en sí mismo tratamiento alguno, ya que no representa necesariamente una entidad patológica. Es claro sin embargo que requiere evaluación adicional para poder así excluir la presencia de una patología que pueda requerir tratamiento.⁴

El carcinoma cervical es el período terminal de una gama de cambios progresivamente más atípicos, en la cual una etapa se confunde imperceptible; el primer cambio y al parecer el más temprano consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso, cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo.²

Desde el punto de vista colposcópico, un hallazgo es anormal si a nivel del cérvix y o vagina se aprecian cambios de los epitelios que sugieren la presencia de una lesión subyacente.¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La función tradicional del análisis citológico del cuello uterino ha sido identificar a mujeres con anomalías y dirigirlas hacia un análisis diagnóstico como la colposcopia y la biopsia dirigida por colposcopia.⁵

Las recomendaciones del consenso organizado por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) sugieren que una paciente debe ser referida a examen colposcópico después de un segundo Papanicolaou atípico.⁵

Las imágenes colposcópicas anormales se producen por los cambios en la maduración del epitelio que implica la modificación en el contenido de glucógeno y proteínas de las células, los cambios en el grosor del epitelio y cambios en la morfología de la vascularización del tejido conectivo subyacente.¹⁵

La agrupación en cambios menores y mayores permite establecer el grado de la lesión, ya que las lesiones de alto grado y los cánceres se asocian con los cambios mayores y las lesiones de bajo grado y metaplasias lo hacen con los menores.¹⁵

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinar la correlación entre el diagnóstico colposcópico y el diagnóstico citológico de las alteraciones cervicales en pacientes de 15 a 45 años atendidas en el servicio de consulta externa del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” durante el período Enero- Diciembre 2011.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Gineco- obstetricia

Espacio: Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”

Área: Consulta externa

Delimitación: Período de enero a diciembre 2011.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las alteraciones cervicales más frecuentes diagnosticadas por colposcopia, post Papanicolaou atípico en pacientes de 15 a 45 años, atendidas en el servicio de consulta externa del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” durante el período Enero- Diciembre del 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las repercusiones que tienen las alteraciones cervicales, asociadas al inicio precoz de vida sexual, promiscuidad y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, en el resultado citológico y colposcópico.
- Identificar las alteraciones colposcópicas que sugieren lesiones premalignas y malignas a nivel cervical.
- Conocer las características personales, educativas, socio-económicas, residencia, edad, etnia y paridad de las pacientes involucradas en el presente estudio.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia y mortalidad del cáncer cérvicouterino se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación.¹

En América Latina y el Caribe, la supervivencia de las mujeres con cáncer cérvicouterino es más corta porque a menudo solicitan atención cuando la enfermedad ya está avanzada.¹

En Ecuador, las tasas más altas de cáncer se observaron en los individuos más pobres, y esto fue aún más notable entre las mujeres, especialmente las de las zonas rurales.³

La lesión intraepitelial cervical corresponde a una serie de alteraciones de la diferenciación y la maduración en el epitelio del cuello uterino, que hacen parte de un mismo proceso patológico caracterizado por un espectro de daños epiteliales que van desde lesiones leves hasta lesiones con daño grave sin compromiso del estroma epitelial.²⁴

La colposcopia permite al examinador identificar características colposcópicas específicas que distinguen los hallazgos normales de los anómalos y obtener la impresión de si las características son benignas o indican la presencia de una enfermedad preinvasiva o invasiva.¹¹

El presente trabajo pretende estudiar las patologías cervicales más frecuentes diagnosticadas a través de la colposcopia y la relación que existe entre el resultado de la misma con el Papanicolaou en mujeres de 15 a 45 años de edad, que fueron atendidas en la consulta externa de ginecología del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora”, durante el año 2011.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hoy en día, el cáncer cérvicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito.¹

Según la OMS en el mundo se presentan alrededor de 500.000 nuevos casos por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esta causa.

En el Ecuador se presentan alrededor de 1200 nuevos casos por año y mueren 400 según los datos tomados del INEC y de los diferentes registros de cáncer publicados por los núcleos de SOLCA.¹

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad del cáncer cérvicouterino pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales.¹

El carcinoma cervical es el período terminal de una gama de cambios progresivamente más atípicos, en la cual una etapa se confunde imperceptible; el primer cambio y al parecer el más temprano consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio escamoso,

cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo.²

La citología cérvico vaginal es la herramienta de salud pública que se ha utilizado ampliamente y desde hace tiempo, para realizar el tamizaje del cáncer del cérvix uterino. La función tradicional del análisis citológico del cuello uterino ha sido identificar a mujeres con anomalías y dirigir las hacia un análisis diagnóstico como la colposcopia y la biopsia dirigida por colposcopia.³

En el Ecuador la tendencia de la cobertura de detección oportuna de cáncer cervical mediante tamizaje por la prueba de citología ha ido hacia el alza como según estudios de la encuesta Endemain.³

Las recomendaciones del consenso organizado por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) sugieren que una paciente debe ser referida a examen colposcópico después de un segundo Papanicolaou atípico.⁴

La exploración colposcópica supone la evaluación sistemática del aparato genital inferior, con especial atención al epitelio superficial y a los vasos sanguíneos del estroma subyacente.⁵

La sensibilidad y especificidad del colposcopio puede compararse favorablemente con otros métodos de diagnóstico. A la hora de distinguir un cuello uterino normal del resto de los diagnósticos, las estimaciones individuales de la sensibilidad de la colposcopia (87-99%) son altas, aunque su especificidad es baja (23-87%).

La evaluación colposcópica de la gravedad de la enfermedad cervical (impresión colposcópica) se asocia significativamente con la histología posterior.⁵

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Los síntomas ginecológicos más importantes para sospechar enfermedades a nivel del cuello uterino y vagina son alteraciones en la menstruación y dismenorrea; al menos en algunos de estos síntomas se han encontrado

patologías cervicales o vaginales, ya sea como causa directa o como consecuencia de éste.⁶

Cualquier agente químico en contacto con la vulva o la vagina (espermicidas, desodorantes, antimicrobianos, etc.) es capaz, por condiciones especiales del huésped, de provocar una reacción inflamatoria.⁷

PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou es una forma de examinar las células que se colectan del cérvix. El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar el cáncer o las células anormales que pueden resultar en cáncer. También se pueden encontrar estados no cancerosos, como infecciones e inflamación.⁸

En Noviembre de 2009, el *American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG*, publicó directrices actualizadas que recomiendan que las mujeres se hagan su primera prueba de Papanicolaou a los 21 años de edad. Este nuevo enfoque es más conservador y ahora es recomendado por muchos grupos profesionales dado que las adolescentes presentan un riesgo muy bajo de cáncer de cérvix y una alta probabilidad de que las anomalías de las células cervicales desaparecerán por sí solas. Así mismo, ciertos tratamientos presentan el riesgo de debilitar el cérvix y quizás aumenten ligeramente el índice de parto prematuro.⁸

La friabilidad del cuello uterino, como se evidencia por su hemorragia fácil tras obtener el frotis de Papanicolaou o limpiar con gasas para propósitos de observación, con frecuencia acompaña a la cervicitis.⁹

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El Sistema Bethesda clasifica por separado las anomalías de las células escamosas y las anomalías de las células glandulares. Las muestras con

anomalías celulares se dividen en las siguientes categorías, las cuales varían de más leves a más graves: ¹⁰

Anomalías de las células escamosas:

- **ASC—células escamosas atípicas.** Este es el resultado anormal más común de las pruebas de Papanicolaou. En el Sistema Bethesda, dicha categoría se divide en dos grupos: ¹⁰

- ASC-US—células escamosas atípicas de significado indeterminado. Las células escamosas no aparecen completamente normales. A veces, los cambios están relacionados con una infección por los virus del papiloma humano (VPH), pero pueden ser causados también por otros factores. ¹⁰

- ASC-H—células escamosas atípicas

No pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Es posible que exista un riesgo mayor de que las lesiones ASC-H sean precancerosas en comparación con las lesiones ASC-US. ¹⁰

- **LSIL—lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.** Significa que se han observado los primeros cambios en el tamaño y en la forma de las células. Las LSIL se consideran anomalías leves causadas por una infección por papiloma virus humano. Las LSIL se pueden también llamar neoplasias intraepiteliales de cérvix (CIN-1). ¹¹

- **HSIL—lesión intraepitelial escamosa de alto grado.** De alto grado significa que hay cambios más marcados en el tamaño y en la forma de las células anormales (precancerosas), y que las células se ven muy diferentes de las células normales. Las HSIL comprenden lesiones con displasia moderada o grave, o carcinoma in situ. A veces las HSIL se nombran CIN-2, CIN-3, o CIN-2/3, lo cual indica que las células anormales ocupan la mayoría de las capas del revestimiento del cérvix. ¹¹

- **Carcinoma de células escamosas.** El cáncer cervical ocurre cuando las células escamosas cervicales anormales invaden más profundamente en el cérvix o cuello uterino, o a otros tejidos u órganos.¹¹

Anomalías de las células glandulares:

- **AGC—células glandulares atípicas.** Las células glandulares no parecen normales, pero los médicos no están seguros del significado de los cambios celulares.¹²
- **AIS—adenocarcinoma endocervical in situ.** Células precancerosas se encuentran en el tejido glandular.¹²
- **Adenocarcinoma.** Dichos cánceres no solamente pueden comprender el cáncer endocervical, sino también el cáncer endometrial, el cáncer extrauterino y otros cánceres.¹²

Si la prueba de Papanicolaou muestra una anomalía ambigua o menor, el médico podría repetir la prueba para determinar si un seguimiento es necesario. Las pruebas de seguimiento para algunos cambios celulares pueden incluir una colposcopia en la que se usa colposcopio para examinar.¹²

COLPOSCOPÍA

La colposcopia fue ideada por Hinselmann en 1925 y constituye actualmente, junto con la citología exfoliativa y la biopsia la base del diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino.¹³

Como procedimiento el colposcopio ha estado disponible desde los años veinte, cuando éste era poco más que un binocular barato ópticamente modificado con un iluminador en la superficie superior. En los años treinta, el uso del colposcopio estaba muy extendido en Europa Central. Después de que se introdujera el cribado de cuello uterino, la exploración colposcópica se

convirtió en una técnica de verificación secundaria, incluso en Europa donde primero se había introducido el método. Hoy en día el colposcopio está aceptado en todo el mundo como el método más estudiado para la detección de la neoplasia cervical y de precursores intraepiteliales.¹³

La función principal de la colposcopia es localizar el epitelio de apariencia anómala y dirigir las biopsias a zonas en las que se sospecha la presencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grados 2 y 3 o de cáncer invasivo. La colposcopia permite al examinador identificar características colposcópicas específicas que distinguen los hallazgos normales de los anómalos y obtener la impresión de si las características son benignas o indican la presencia de una enfermedad pre invasiva o invasiva.¹³

Fundamento

Mediante el colposcopio se realiza una visión frontal del cérvix a un aumento que oscila entre 10 y 20 veces, lo que permite apreciar con detalle los siguientes datos:

1. Disposición de la superficie del cérvix
2. Color imagen que se dibuja en él
3. Aspectos y distribución de los vasos.¹⁴

Del estudio de estos datos podemos obtener cierta información sobre las características microscópicas del tejido tales como:

- a) Tipo de epitelio, escamoso o cilíndrico y relaciones entre ambos;
- b) Grosor, adelgazamiento o engrosamiento del epitelio o su ausencia.
- c) Existencia de desembocaduras glandulares y su relación con el epitelio escamoso o cilíndrico.
- d) Disposición de la línea que separa el epitelio escamoso del conjuntivo.
- e) Distribución de los vasos y su proximidad a la superficie.¹⁴

Reactivos utilizados en colposcopía

- ❖ **Ácido acético:** el acetoblanqueo del epitelio resultante puede indicar un proceso benigno o neoplásico. La solución se aplica copiosamente con gasas, hisopos grandes con punta de algodón o un pulverizador. Para conseguir una reacción de acetoblanqueo en un epitelio no queratinizado, puede dejarse la solución de ácido acético al 3-5 % en contacto con el tejido hasta que la reacción se desarrolle al máximo.¹⁵
- ❖ **Solución de Lugol acuosa:** esta solución tiñe el epitelio cilíndrico normal maduro no queratinizado de un color caoba oscuro, lo que indica que las células presentan glucógeno. La ausencia de tinción indica un estado no glucogenado o una superficie queratinizada. La metaplasia escamosa puede mostrar una tinción variegada, mientras que el epitelio cilíndrico se tiñe de color amarillo mostaza.¹⁵
- ❖ **Solución de Monsel** (sulfato férrico): se utiliza para conseguir la hemostasia después de una biopsia de cuello uterino.¹⁵

Exploración

La colposcopía se efectúa después de colocar cuidadosamente el espéculo para no traumatizar el cérvix y producir hemorragias, que puede dificultar la visión ulterior. Se enfoca el colposcopio y se realiza, en primer lugar, una visión panorámica del cérvix, de la vagina y de las secreciones. Para facilitar esta visión es útil limpiar las secreciones con una pequeña bola de algodón hidrófilo humedecido en una solución fisiológica. Es este momento debe estudiarse los vasos con ayuda del filtro verde, ya que el empleo posterior de ácido acético, por su acción vaso constrictora, dificulta la valoración. A continuación se realizan las tomas de material para el estudio citológico y posteriormente se impregna el cuello uterino con una solución de ácido acético. El ácido acético disuelve el moco y facilita de esta forma el enjuiciamiento de las imágenes colposcópicas.¹⁶

La prueba de Schiller sólo la empleamos en ciertos casos dudosos. Terminada la exploración se realizan los colpofotogramas y las biopsias necesarias empleando para ello la pinza indicada al exponer la biopsia selectiva del cuello, pero siempre dirigiendo la toma con la visión colposcópica.¹⁶

Imágenes Colposcópicas

En 1972, en el Congreso Mundial sobre Colposcopia y Patología Cervical celebrado en Mar del Plata, se abordó el tema de la nomenclatura colposcópica y se dieron una serie de directrices que se exponen a continuación:¹⁷

Imágenes Colposcópicas normales

Clásicamente, se suponía que el cuello uterino estaba revestido en el ectocérnix de epitelio escamoso y en el endocérnix por una sola hilera de células cilíndricas mucíparas, y que el límite entre ambos epitelios se sitúa en el orificio cervical externo.¹⁷

En los últimos años, numerosos trabajos han demostrado que puede existir epitelio cilíndrico o columnar en el ectocérnix en condiciones normales, al menos en ciertos momentos de la vida. Igualmente, en cuellos normales se ha demostrado que en el ectocérnix pueden existir zonas o áreas de metaplasia escamosa más o menos maduras. En el ectocérnix normal puede hallarse por tanto epitelio escamoso maduro, epitelio cilíndrico y metaplasia escamosa. Correspondiendo a estas tres estructuras histológicas pueden existir tres imágenes colposcópicas:¹⁷

Epitelio escamoso: representa la imagen colposcópica del epitelio escamoso maduro normal. Aparece como una superficie lisa de color rosa brillante uniforme.¹⁷

Epitelio cilíndrico: Ectopia. Constituye la imagen colposcópica del epitelio cilíndrico o columnar. Después de la prueba del ácido acético

aparece una superficie irregular que recuerda un racimo de uvas extendidas en superficie.¹⁷

Zona de transformación o reepitelización: representa la imagen colposcópica de la metaplasia escamosa. Aparece como bandas o islotes de color rosado pálido, habitualmente provistos de vasos de distribución regular. Con frecuencia en su superficie se observan orificios glandulares abiertos y glándulas quistificadas o quistes de Naboth.¹⁷

Imágenes Colposcópicas Anormales

Las imágenes colposcópicas anormales se producen por los cambios en la maduración del epitelio que implica la modificación en el contenido de glucógeno y proteínas de las células, los cambios en el grosor del epitelio y cambios en la morfología de la vascularización del tejido conectivo subyacente. Los parámetros colposcópicos más importantes que nos permiten valorar dichas anomalías son: la superficie de la lesión, la reacción al acético, la reacción a la solución de lugol, los bordes de la lesión y el patrón vascular. Siguiendo las recomendaciones de la “International Federation for Cervical Patology and Colposcopy” (IFCPC) las imágenes colposcópicas anormales son:¹⁸

Epitelio Acetoblanco: aquel que aparece sólo tras la aplicación de ácido acético como una formación blanquecina más o menos transparente. Cuando el epitelio aparece blanco intenso, nacarado y persistente se habla de epitelio acetoblanco denso y equivale a un cambio mayor.¹⁸

Mosaico: epitelio que produce prolongaciones que penetran en el corion dejando pequeñas porciones de epitelio delgado entre éstas. Tras la aplicación de ácido acético, la parte más adelgazada permite que el corion dibuje una estructura reticular a modo de mosaico. Al lugol son yodo negativas. Se asocia frecuentemente a lesiones de alto grado.¹⁸

Punteado circunscrito: aparece como un punteado rojo, distribuido homogéneamente, que ocupa un área habitualmente de dimensiones reducidas y bien delimitadas del resto de la mucosa. Es producido por los capilares del estroma subepitelial que, al encontrarse, cerca de la superficie, se hacen muy aparentes. Al lugol son yodo negativas. Histológicamente, se responde con lesiones de alto grado y con lesiones microinvasivas.¹⁸

Vasos atípicos: Es una característica catalogada como cambios mayores, ya que sugiere lesión de alto grado y carcinoma microinvasivo. Se caracteriza por la presencia de vasos irregulares, dilatados, de curso abrupto, en sacacorchos, tirabuzón u horquilla, con interrupciones bruscas.¹⁸

Hallazgos Misceláneos

Erosión cervical: es la pérdida de recubrimiento del cérvix con pequeñas lastimaduras, su persistencia produce una infección fácilmente recurrente, que será una causa constante de flujo.¹⁹

Cervicitis: es un término médico para una infección del cérvix, que es la parte baja del útero que sobresale hacia la parte superior del canal vaginal y que puede verse afectado por una infección o irritación.¹⁹

La mayoría de los procesos inflamatorios que afectan el cuello uterino son el resultado de agentes que actúan localmente sobre esta porción del útero. Pueden deberse a agentes no infecciosos (p ej. trauma, irritación química postconización, etc.) o el resultado de la acción de agentes bacterianos (gonorrea, sífilis, tuberculosis), virales (virus del papiloma humano, herpes, citomegalovirus, adenovirus o actinomicosis), parasitarios (tricomoniasis, toxoplasmosis, schistosomiasis) o por clamidias (*Chlamydia trachomatis*).²⁰

Cervicitis aguda: destaca el edema estromal, la congestión y en especial el infiltrado inflamatorio, constituido principalmente por polimorfonucleares neutrófilos. Como es previsible, como consecuencia de estos cambios pueden producirse ulceraciones.²⁰

Cervicitis crónica: el infiltrado es linfoplasmocitario, con o sin presencia de histiocitos. Puede apreciarse fibrosis del estroma. Aunque en la mayoría de los casos no se establece el agente causal y el tratamiento es inespecífico, cabe considerar los siguientes ejemplos en los cuales los cambios morfológicos son orientativos: ²⁰

- Coilocitosis, alteraciones nucleares, binucleación, disqueratosis y exocitosis (virus del papiloma humano).
- Alteraciones nucleares y vacuolización citoplasmática (virus del grupo herpes).
- Abundante infiltrado predominantemente linfocitario con formación de folículos con centros germinativos (infección por clamidias).
- Infiltrado plasmocitario conspicuo y cambios en el endotelio vascular (sífilis).
- Granulomas de diverso tipo (tuberculosis, sarcoidosis, parasitosis, micosis, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal).²⁰

Metaplasia escamosa: consiste en la sustitución del epitelio monoestratificado normal por un epitelio poliestratificado de aspecto variable, que depende de que se trate de una metaplasia inmadura o madura. ²⁰

Quistes de Naboth: se trata de un efecto fisiológico. Los islotes de epitelio columnar, que persisten en el interior del epitelio escamoso, mantienen su capacidad para segregar moco; cuando están sepultados bajo el epitelio escamoso pueden desarrollarse quistes glandulares de Naboth. Con el transcurso del tiempo, estos folículos aumentan de tamaño y contienen moco hasta que el epitelio se aplanar y cesa la secreción.²¹

Pólipos cervicales: es la tumoración benigna más frecuente de la patología ginecológica, encontrándose con mayor frecuencia en mujeres multíparas y por encima de los 45 años de edad. Se trata de una lesión distrófica pseudotumoral desarrollada a partir de la mucosa endocervical, en la cual se

inserta a través de un pedículo. Se han postulado diferentes teorías acerca de su patogenia (inflamatoria, endocrina y vascular).²²

Ectropión: esta manifestación se observa predominantemente en las mujeres en edad reproductiva, en las cuales el epitelio endocervical protruye, formando lo que se denomina ectropión, ectopia cervical o falsa erosión, localizada generalmente en el labio anterior del cérvix. Dicha zona de ectopia, es más extensa en las mujeres jóvenes que usan anovulatorios y también se presenta después del primer embarazo; con el tiempo se reduce paulatinamente, conforme la metaplasia sustituye al epitelio cilíndrico.²³

SISTEMA DE VARIABLES

V. INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES
Procesos infecciosos en el tracto genital inferior	<p>Bacterianos</p> <p>Virales</p> <p>Parasitarios</p> <p>Hongos</p>	<p>Gonorrea</p> <p>Sífilis</p> <p>Gardnerella</p> <p>Clamidia</p> <p>HPV</p> <p>VIH</p> <p>Herpes</p> <p>Tricomoniasis</p> <p>Candidiasis</p>
Inicio de vida sexual		<p>Menor a 15 años</p> <p>15-20 años</p> <p>Mayor a 20 años</p>
Número de compañeros sexuales		<p>1 - 2</p> <p>3 - 5</p> <p>Mayor a 6</p>
Método de planificación familiar	Tipo	<p>Ninguno</p> <p>Barrera</p> <p>Espermicidas</p> <p>DIU</p> <p>Hormonal</p> <p>Ligadura</p>

HPV: Papiloma virus humano, HIV: virus de inmunodeficiencia humana, DIU: dispositivo intrauterino

V. INTERVINIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES
Edad	Mujeres en edad reproductiva	15- 24 años 25- 34 años 35-45 años
Etnia		Mestiza Negra Blanca Indígena
Paridad		Nulíparas Multíparas (1 a 3 partos) Gran multíparas (4 partos o más)
Nivel socioeconómico	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Ocupación	Estudiante Quehaceres domésticos Empleada doméstica Comerciante Agricultora Profesional
	Zona de residencia	Urbana Rural

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación documental retrospectiva.

El estudio se realiza con la revisión de las historias clínicas de pacientes de 15 a 45 años que acudieron a consulta externa de ginecología del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” en el período de Enero a Diciembre del 2011.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Investigación Explicativa

La investigación tiene como finalidad conocer cuáles son las patologías cervicales más frecuentes diagnosticadas a través de la colposcopia, en la consulta externa de ginecología del Hospital Gineco- Obstétrico “Isidro Ayora” en el período de Enero a Diciembre del 2011.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población a estudiarse son mujeres entre 15 y 45 años de edad a las que se les realizó la colposcopia en el servicio de Ginecología del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” en el período de Enero a Diciembre del 2011, con un total de 275 casos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

- Revisión de historias clínicas
- Revisión de archivos de los videos de colposcopia

INSTRUMENTOS

- Historias clínicas para recolectar los datos requeridos para la investigación.

TABULACIÓN DE DATOS

La tabulación se basa en la presentación de los datos obtenidos en tablas estadísticas, la cual la realizaremos en el programa Excel a través de gráficos de porcentajes de los datos.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS HUMANOS

- Tutor de tesis
- Pacientes entre 15 y 45 años de edad a las cuales se les haya realizado una colposcopia como medio diagnóstico de las patologías cervicales.
- Internas Rotativas de Obstetricia

RECURSOS MATERIALES

- Historias clínicas
- CD
- Informes del video de colposcopia

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Equipos de computación
- Laptop
- Memory flash

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1. EDAD

EDAD	CASOS	PORCENTAJES
15- 24 AÑOS	70	25,5 %
25- 34 AÑOS	90	32,7 %
35-45 AÑOS	115	41,8 %
TOTAL	275	100 %

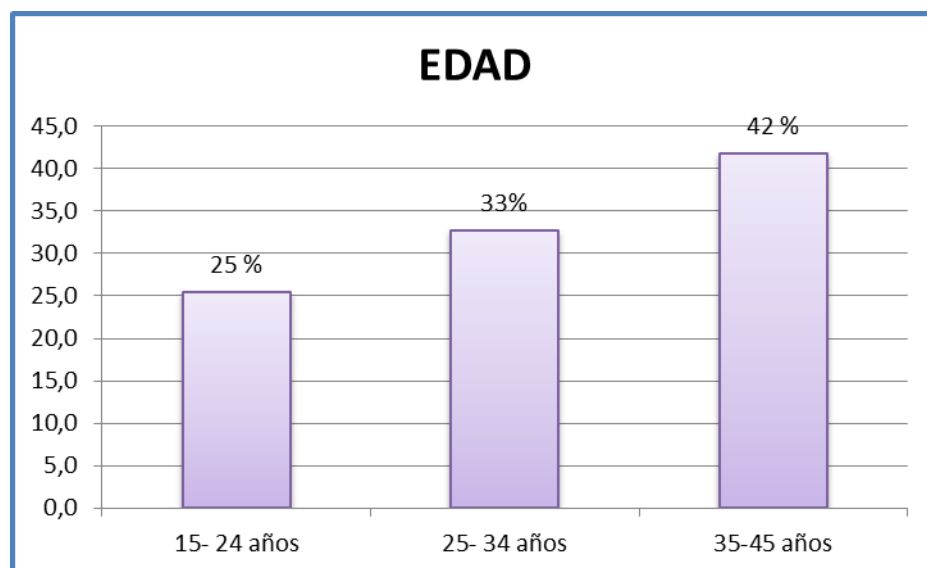


GRÁFICO 1.- representación gráfica de la edad de las usuarias

El 42% de las usuarias estuvieron en un rango de edad de 35 a 45 años, 33% entre 25 a 34 años y 25% entre 15 a 24 años.

CUADRO 2. ETNIA

ETNIA	CASOS	PORCENTAJES
MESTIZA	210	76,4 %
NEGRA	29	10,5 %
BLANCA	2	0,7 %
INDÍGENA	34	12,4%
TOTAL	275	100 %

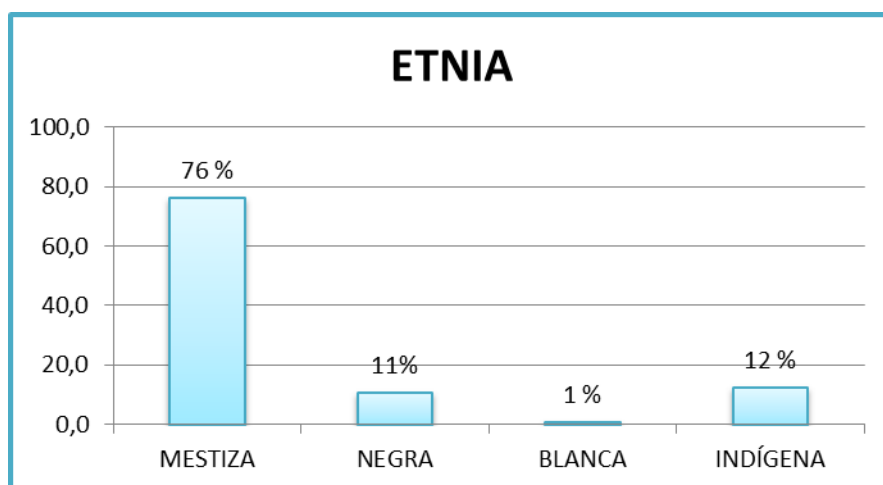


GRÁFICO 2. Etnia

El 76% de las usuarias se considera mestiza, 12% indígena, 11% negra y el 1% blanca.

CUADRO 3. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJES
CASADA	161	58,5%
UNIÓN ESTABLE	42	15,3%
SOLTERA	48	17,5%
OTROS (DIVORCIADAS, VIUDAS, ETC.)	24	8,7%
TOTAL	275	100 %

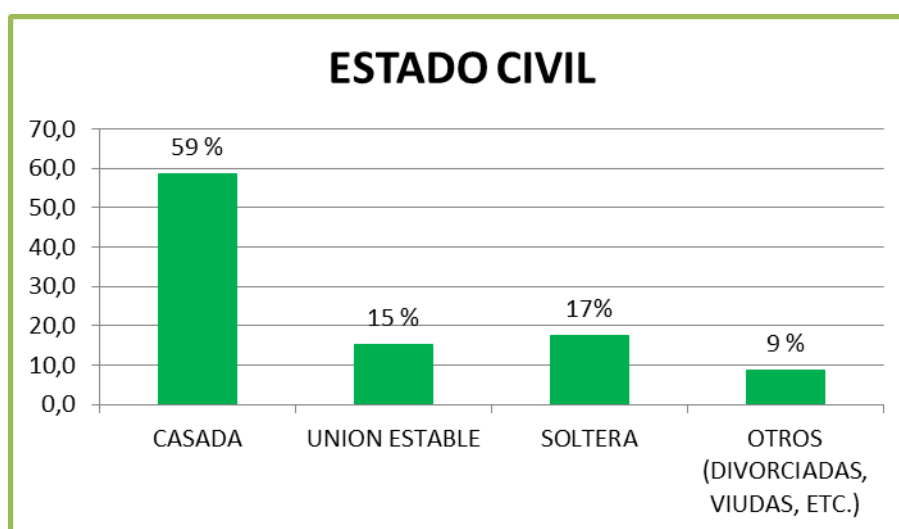


GRÁFICO 3. Estado civil

El 59% de las usuarias son casadas, 17% solteras, 15% unión estable y el 9% tienen otros estado civil como divorcio o viudez.

CUADRO 4. INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS	PORCENTAJE
ANALFABETA	36	13%
PRIMARIA	129	47%
SECUNDARIA	69	25%
SUPERIOR	41	15%
TOTAL	275	100%

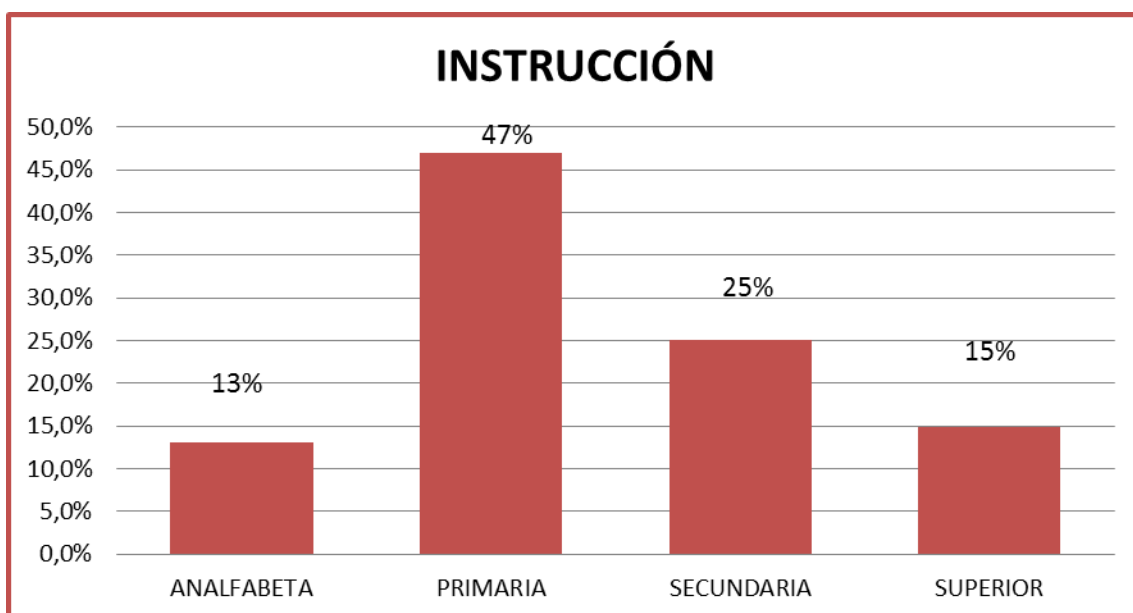


GRÁFICO 4. Instrucción

El 47% de las pacientes tienen instrucción primaria, 25% secundaria; 15% superior, 13% analfabeta.

CUADRO 5. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	19	7%
QUEHACERES DOMÉSTICOS	97	35%
EMPLEADA DOMÉSTICA	61	22%
COMERCIANTE	45	16%
AGRICULTORA	33	12%
PROFESIONAL	20	7%
TOTAL	275	100 %

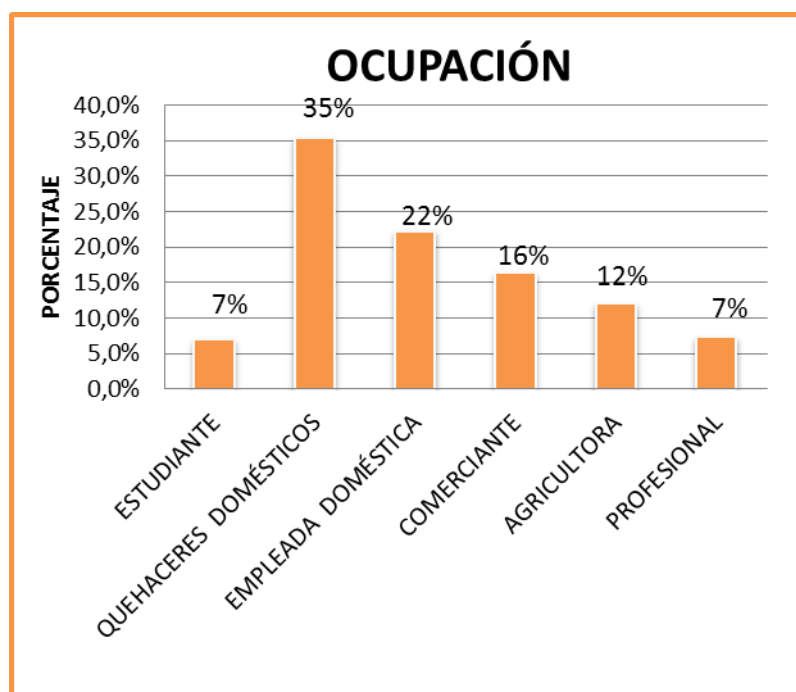


GRÁFICO 5. Instrucción

El 35% de las usuarias se dedican a los quehaceres domésticos, 22% empleada doméstica, 16% comerciante, 12% agricultora, 7% estudiante, 7% profesional.

CUADRO 6. ZONA DE RESIDENCIA

ZONA DE RESIDENCIA	CASOS	PORCENTAJE
URBANA	223	81%
RURAL	52	19%
TOTAL	275	100%

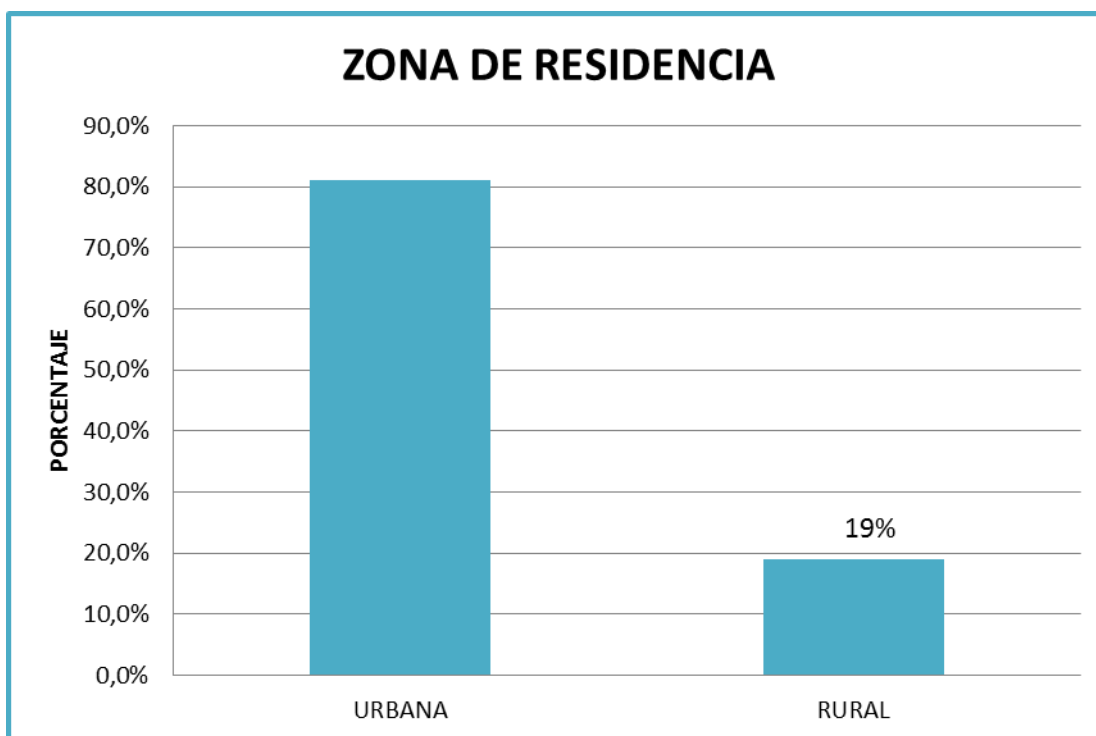


GRÁFICO 6. Zona de residencia

El 81% de las usuarias residen en la zona urbana, el 19% en la zona rural.

CUADRO 7. PARIDAD

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
NULÍPARA	70	25,5 %
MULTÍPARA	177	64,4 %
GRAN MULTÍPARA	28	10,2 %
TOTAL	275	100 %

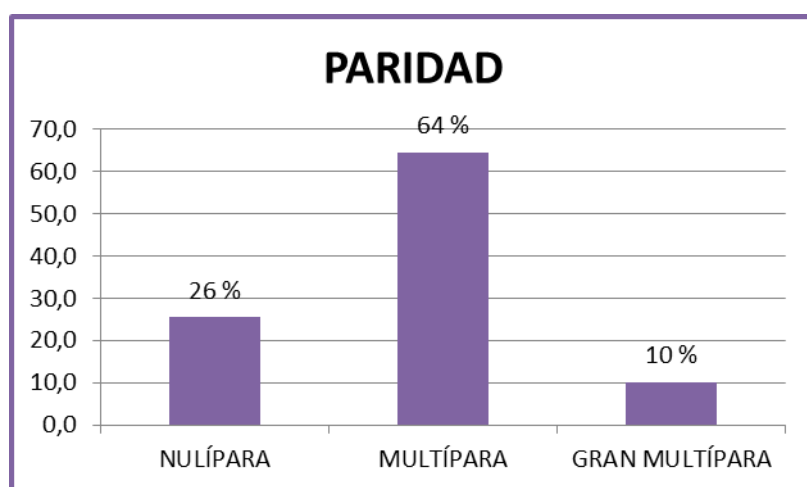


GRÁFICO 7. Paridad

El 64% de las usuarias son multíparas, el 26% nulíparas y el 10% gran multíparas.

CUADRO 8. INICIO DE VIDA SEXUAL

INICIO DE VIDA SEXUAL	CASOS	PORCENTAJE
Menor a 15 años	70	25,5 %
15-20 años	104	37,8 %
Mayor a 20 años	101	36,7 %
TOTAL	275	100 %

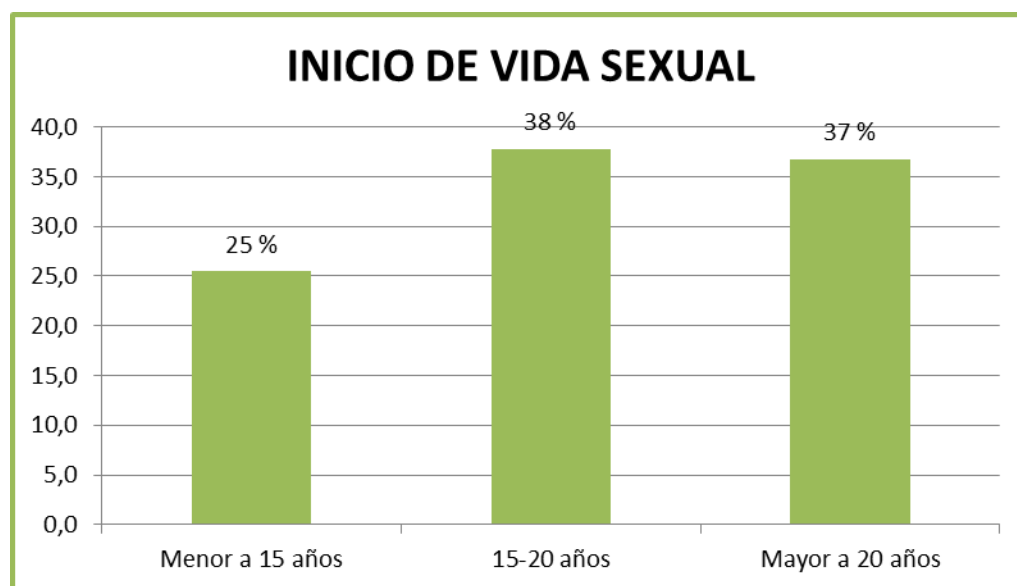


GRÁFICO 8. Inicio de vida sexual

El 38% de las usuarias inició su vida sexual entre los 15 a 20 años, el 37% después de los 20 años y el 25% antes de los 15 años.

CUADRO 9. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	CASOS	PORCENTAJE
1 A 2 PAREJAS	170	61,8 %
3 A 5 PAREJAS	68	24,7 %
MÁS DE 6 PAREJAS	37	13,5 %
TOTAL	275	100 %

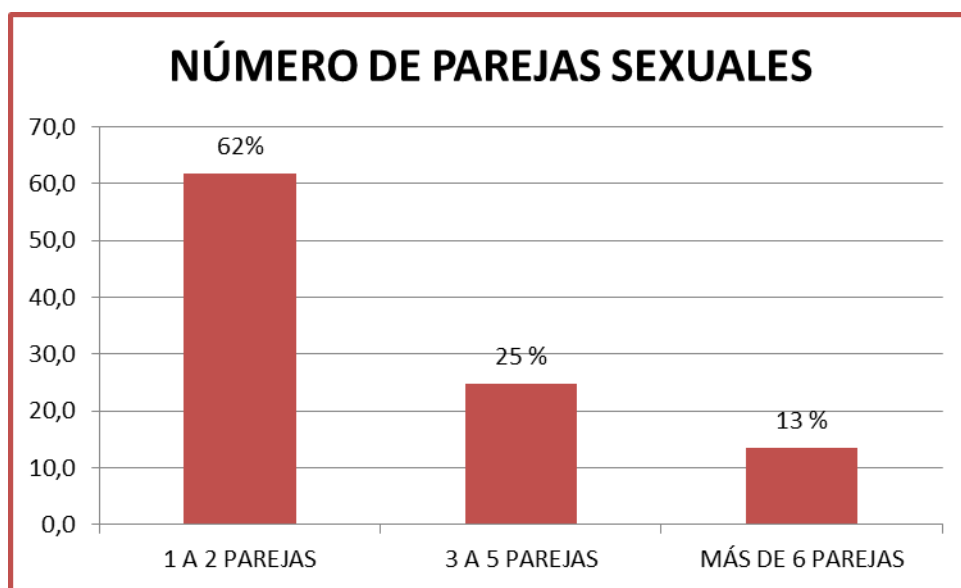


GRÁFICO 9. Número de parejas sexuales

El 62% de las usuarias reporta haber tenido de 1 a 2 parejas sexuales, el 25% de 3 a 5 parejas y el 13% más de seis parejas sexuales.

CUADRO 10. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CASOS	PORCENTAJE
NINGUNO	70	25,5 %
BARRERA	56	20,4 %
HORMONAL	96	34,9 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	35	12,7 %
LIGADURA	18	6,5 %
TOTAL	275	100 %

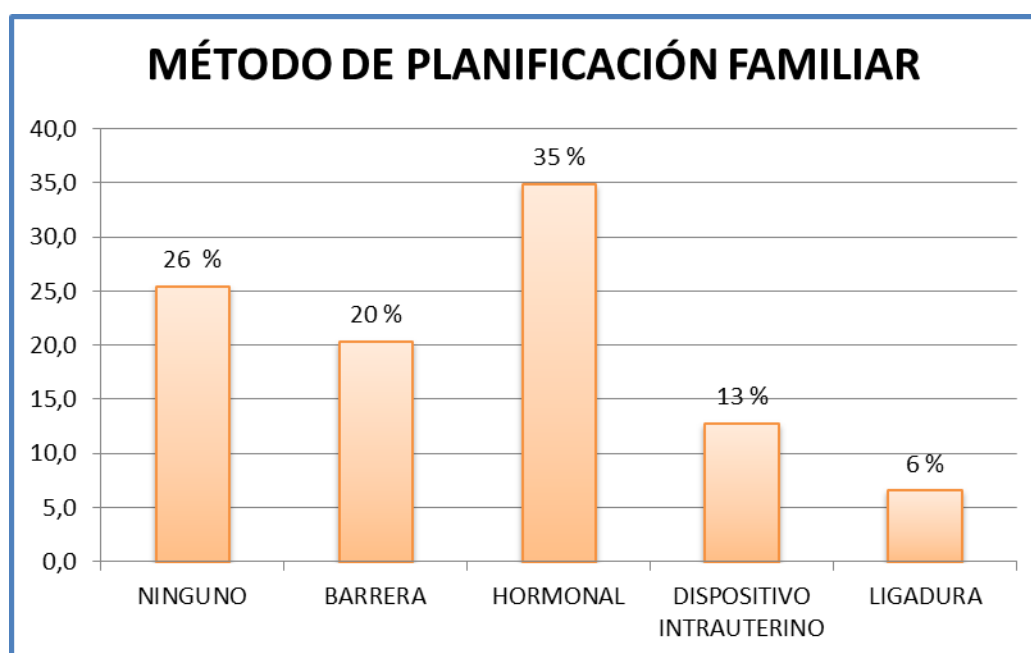


GRÁFICO 10. Método de planificación familiar

El 35% de las usuarias planifica con métodos hormonales, 20% con métodos de barrera, 13% con dispositivo intrauterino, 6% se realizó la ligadura, 26% no utiliza ningún método (se incluyen los 20 casos de embarazo 7%).

CUADRO 11. PROCESO INFECCIOSO GENITAL ACTUAL

PROCESO INFECCIOSO GENITAL ACTUAL	CASOS	PORCENTAJE
SI	66	24 %
NO	209	76 %
TOTAL	275	100 %

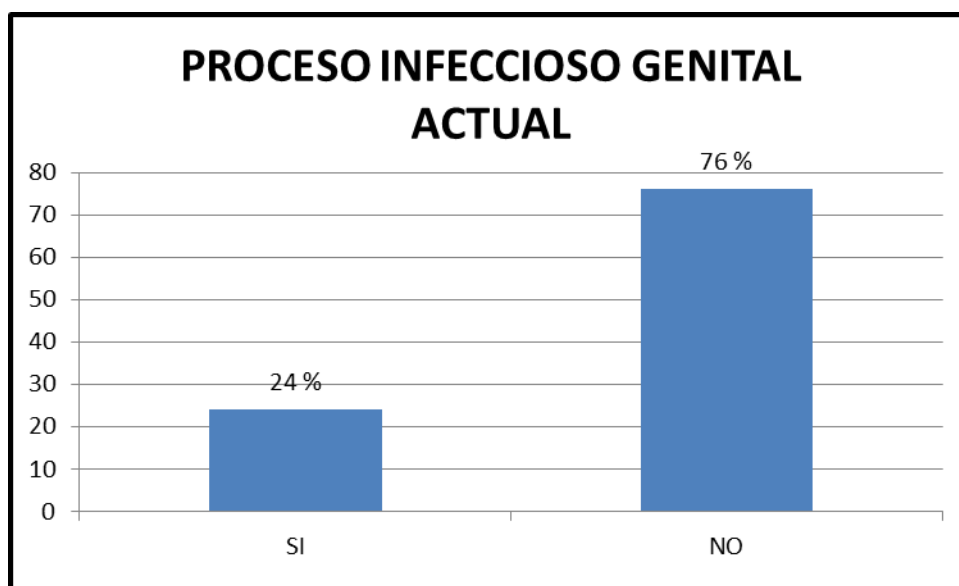


GRÁFICO 11. Proceso infeccioso genital actual

De los 275 casos, el 24% de las usuarias presentaban infección genital durante el estudio, mientras que el 76% no presentaban procesos infecciosos.

CUADRO 12. PROCESOS INFECCIOSOS EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR

PROCESOS INFECCIOSOS EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR	CASOS	PORCENTAJE
MOLUSCO CONTAGIOSO	2	3,0 %
PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV)	25	37,9 %
HERPES	1	1,5 %
GARDNERELLA	12	18,2 %
CANDIDIASIS	11	16,7 %
TRICOMONIASIS	12	18,2 %
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)	3	4,5 %
TOTAL	66	100 %

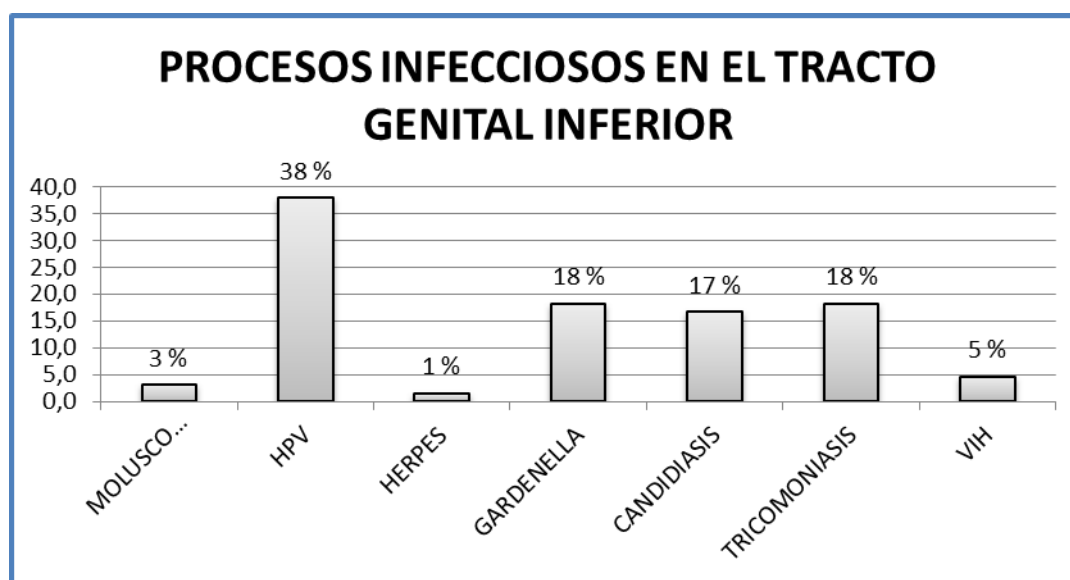


GRÁFICO 12. Procesos infecciosos en el tracto genital inferior

De los 66 casos de infecciones del tracto genital, el 38% corresponde a papiloma virus humano, 18% a gardnerella y a tricomoniasis, 17% a candidiasis, 5% presenta VIH, 3% molusco contagioso y 1% herpes genital.

CUADRO 13. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	CASOS	PORCENTAJE
CERVICITIS	75	27,3 %
INFLAMACIÓN LEVE	2	0,7 %
INFLAMACIÓN SEVERA	2	0,7 %
DISPLASIAS	66	24 %
NEOPLASIAS	5	1,8 %
ATIPIA ESCAMOSA	39	14,2 %
ATIPIA GLANDULAR	10	3,6 %
ECTROPIÓN	4	1,5 %
CARCINOMA	1	0,4 %
MIOMATOSIS	28	10,2 %
ENDOMETRIOSIS	1	0,4 %
PÓLIPO CERVICAL	2	0,7 %
CISTOURETROCELE	1	0,4 %
PARIDAD SATISFECHA	1	0,4 %
LEUCORREA RECURRENTE	1	0,4 %
MOLUSCO CONTAGIOSO	2	0,7 %
HPV	25	9,1 %
HERPES	1	0,4 %
VIH	3	1,1 %
D/C PATOLOGÍA CERVICAL	6	2,2 %
TOTAL	275	100 %

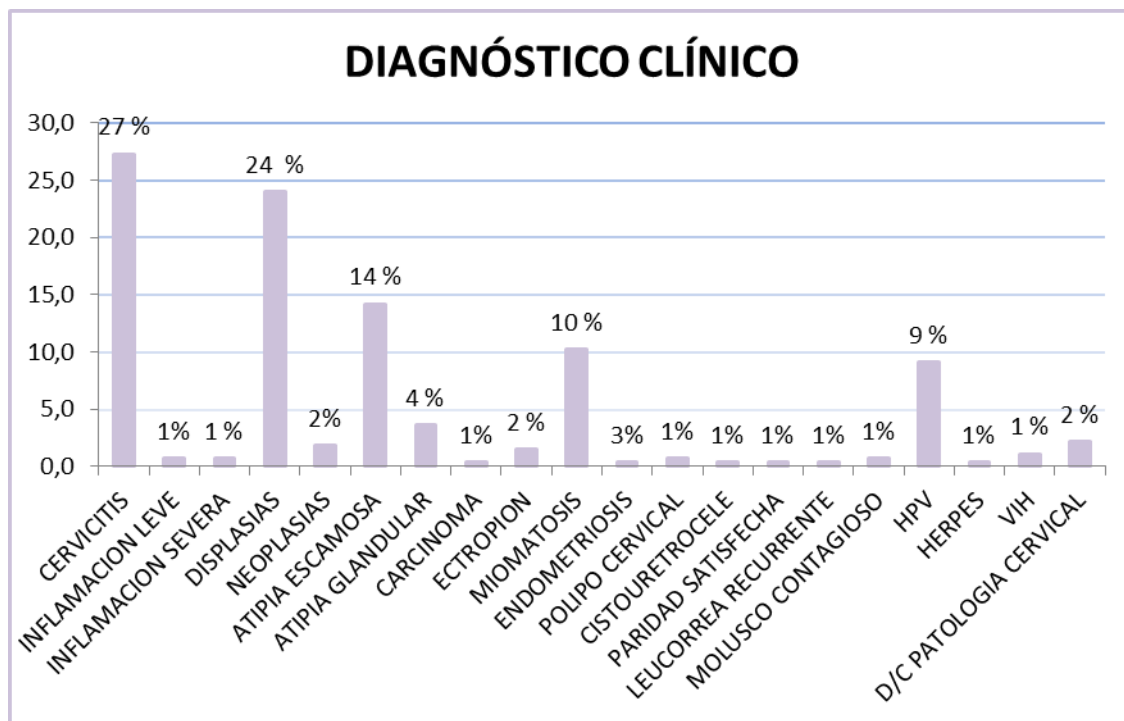


GRÁFICO 13. Diagnóstico clínico

Entre los diagnósticos clínicos el 27% corresponde a cervicitis, 24% a displasias cervicales, 14% a atipias escamosas, 10% a miomatosis, 9% a infección por HPV, 4% a atipia glandular y en porcentajes de 1 a 2% se encuentran inflamación leve, inflamación severa, neoplasias, carcinoma, ectropión, endometriosis, pólipos cervicales, cistourethrocele, paridad satisfecha, leucorrea recurrente, molusco contagioso, herpes, VIH, y descartar patologías cervicales.

CUADRO 14. DIAGNÓSTICO SISTEMA BETHESDA

SISTEMA BETHESDA	CASOS	PORCENTAJE
CITOLOGÍA INFLAMATORIA	120	43,6%
ATIPIA ESCAMOSA	61	22,2%
LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIEBG)	67	24,4%
LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIEAG)	10	3,6%
CARCINOMA ESCAMOSO	1	0,4%
ATIPIA GLANDULAR	16	5,8%
ADENOCARCINOMA	0	0,0%
TOTAL	275	100 %

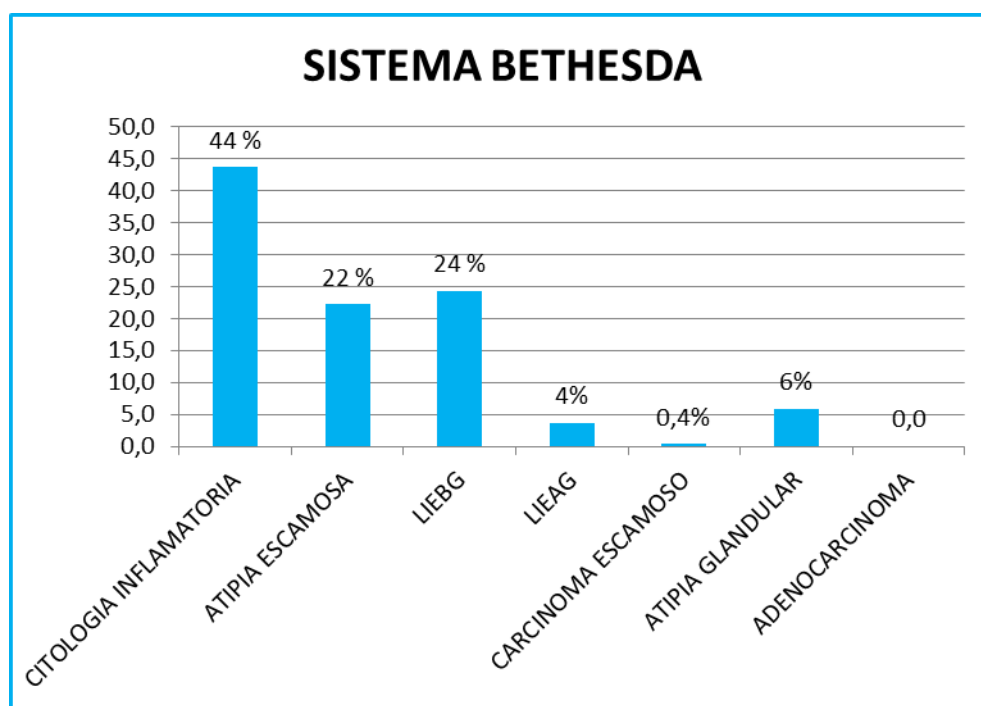


GRÁFICO 14. Diagnóstico por sistema Bethesda

44% de los Papanicolaou reportan citología inflamatoria, 24% lesión intraepitelial de bajo grado, 22 % atipia escamosa, 6% atipia glandular, 4% lesión intraepitelial de alto grado.

CUADRO 15. DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO

DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO	CASOS	PORCENTAJE
NORMAL	55	20 %
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIEBG)	86	31,3 %
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIEAG)	17	6,2 %
CARCINOMA IN SITU	5	1,8 %
MICROINVASIÓN	0	0 %
INVASIÓN EVIDENTE	0	0 %
CERVICITIS	98	35,6 %
PÓLIPO CERVICAL	5	1,8 %
ATIPIA GLANDULAR (AGUS)	6	2,2 %
ECTROPIÓN	3	1,1 %
TOTAL	275	100 %

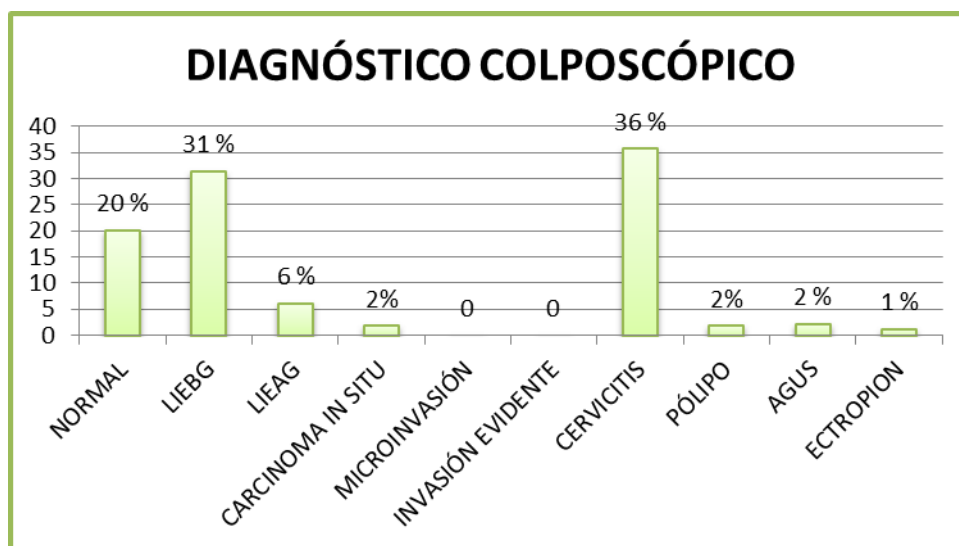


GRÁFICO 15. Diagnóstico colposcópico

El 36% de los diagnósticos colposcópicos reportan cervicitis, el 31% lesión intraepitelial de bajo grado, el 20 % colposcopia normal, 6% lesión intraepitelial de alto grado, 2% carcinoma in situ, pólipo cervical, atipia glandular y 1% ectropión.

CUADRO 16. CUADRO COMPARATIVO DE DIAGNÓSTICOS

PAPANICOLAOU	PORCENTAJE	COLPOSCOPIA	PORCENTAJE
CITOLOGÍA NEGATIVA	0 %	NORMAL	20 %
CITOLOGÍA INFLAMATORIA	43,6 %	CERVICITIS	35,6 %
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	24,4 %	LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO	31,3 %
LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	3,6 %	LESIÓN INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO	6,2 %
CARCINOMA ESCAMOSO ADENOCARCINOMA	0,4%	CARCINOMA IN SITU	1,8 %
		MICROINVASIÓN	0 %
		INVASIÓN EVIDENTE	0 %
ATIPIA GLANDULAR	5,8 %	ATIPIA GLANDULAR	2,2 %
ATIPIA ESCAMOSA	22,2 %	ATIPIA ESCAMOSA	0 %
		PÓLIPO CERVICAL	1,8 %
		ECTROPIÓN	1,1 %
TOTAL	100%	TOTAL	100 %

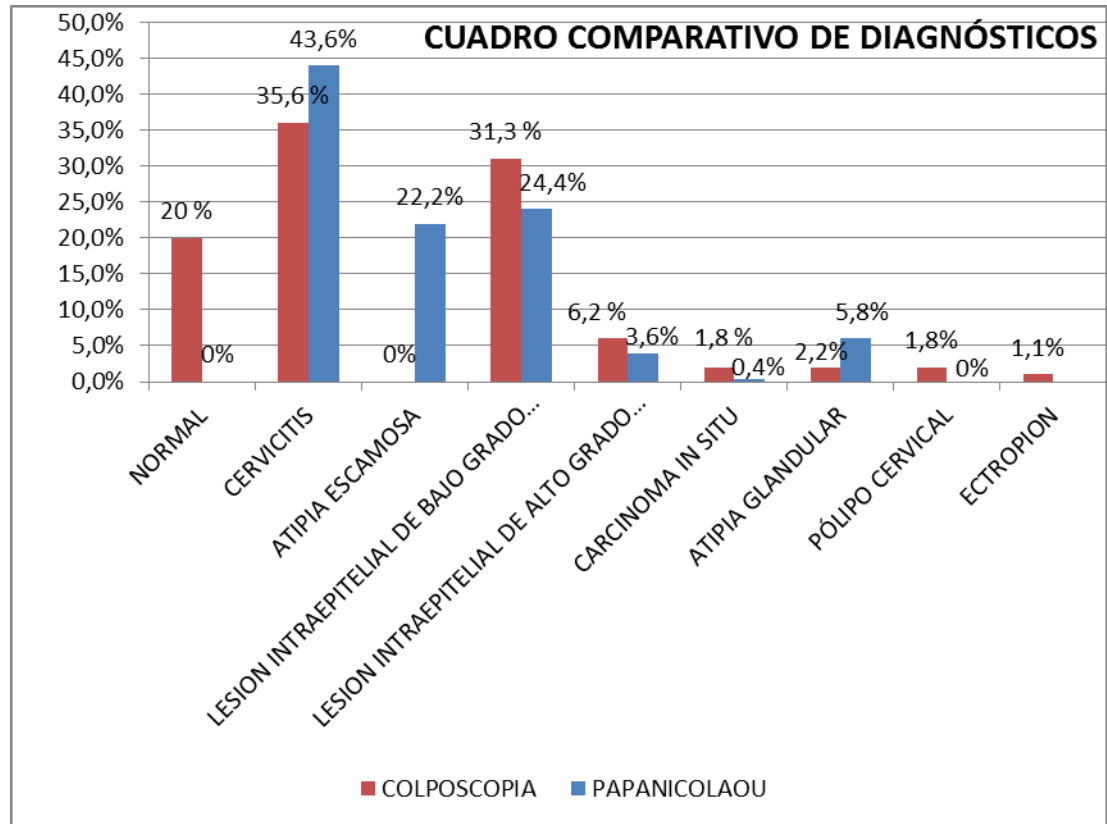


GRÁFICO 16. Cuadro comparativo de diagnósticos

Dentro de los estudios colposcópicos el 20% son normales, en nuestro estudio no incluimos Papanicolaou negativos; Encontramos por colposcopia cervicitis 35,6%, por Papanicolaou citología inflamatoria 43,6%; Lesión intraepitelial de bajo grado por colposcopia 31,3%, por Papanicolaou 24,4%; Lesión intraepitelial de alto grado por colposcopia 6,2%, por Papanicolaou 3,6%; casos de cáncer por colposcopia 1,8%, por Papanicolaou 0,4%; atipia glandular por colposcopia 2,2%, por Papanicolaou 5,8%; hallazgos misceláneos por colposcopia 2,9% (pólipo cervical, ectropión). Atipia escamosa por Papanicolaou 22,2% por colposcopia 0%.

CONCLUSIONES

La investigación fue realizada en 275 mujeres en las que se encontró las siguientes características:

1. El 42% de las usuarias estuvieron en un rango de edad de 35 a 45 años, 33% entre 25 a 34 años y 25% entre 15 a 24 años.
2. El 76% de las usuarias se considera mestiza, 12% indígena, 11% negra y el 1% blanca.
3. El 47% de las pacientes tienen instrucción primaria, 25% secundaria; 15% superior, 13% analfabeta.
4. El 35% de las usuarias se dedican a los quehaceres domésticos, 22% empleada doméstica, 16% comerciante, 12% agricultora, 7% estudiante, 7% profesional.
5. El 81% de las usuarias residen en la zona urbana, el 19% en la zona rural.
6. El 38% de las usuarias inició su vida sexual entre los 15 a 20 años, el 37% después de los 20 años y el 25% antes de los 15 años.
7. El 62% de las usuarias refiere haber tenido de 1 a 2 parejas sexuales, el 25% de 3 a 5 parejas y el 13% más de seis parejas sexuales.
8. El 35% de las usuarias planifica con métodos hormonales, 20% con métodos de barrera, 13% con dispositivo intrauterino, 6% se realizó la ligadura, 18% no utiliza ningún método y el 7% presenta embarazo actual.
9. De los 275 casos, el 24% de las usuarias presentaban infección genital durante el estudio, de los cuales el 38% corresponde a papiloma virus humano, 18% a Gardnerella y a tricomoniasis, 17% a candidiasis, 5% presenta VIH, 3% molusco contagioso y 1% herpes genital.
10. Entre los principales diagnósticos clínicos el 27% corresponde a cervicitis, 24% a displasias cervicales, 14% a atipias escamosas, 10% a miomatosis, 9% a infección por HPV.
11. Dentro de los estudios colposcópicos el 20% son normales, en nuestro estudio no incluimos Papanicolaou negativos; encontramos por colposcopia cervicitis 36%, por Papanicolaou citología inflamatoria 44%; LIEBG por colposcopia 31%, por Papanicolaou 24%; LIEAG por colposcopia 6%, por Papanicolaou 4%; casos de cáncer por colposcopia 2% por Papanicolaou 0%, atipia glandular por colposcopia 2% por Papanicolaou 6%; hallazgos

misceláneos por colposcopia 3% (pólipo cervical, ectropión). Atipia escamosa por Papanicolaou 22% por colposcopia 0%.

12. Las patologías cervicales más frecuentes diagnosticadas por colposcopia son: cervicitis en un 36% y lesiones intraepiteliales de bajo grado en el 31%, lo que concuerda con citología inflamatoria 44% y lesión de bajo grado diagnosticada por citología en 24% como porcentajes mayores.

CAPÍTULO IV

BIBLIOGRAFÍA

1. Merle J. Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y El Caribe. Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente Lewis, Washington, D.C. OPS 2004; 3-15.
2. Bazán B. Estudio retrospectivo año 1995-1997 en el Hospital Luis Vernaza, Revisión anatomopatológica Revista Colegio de Médicos del Guayas 2000; 2-5.
3. Pino M, Albán M, Análisis de la Situación del cáncer de cérvix en el Ecuador. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito 2006; 1-6.
4. Yazigi R, Rodríguez T, Contreras L, Alcaino M. El significado clínico de dos papanicolaous atípicos consecutivos. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. Scielo 2005; 386- 390.
5. González MJ, González BJ, González BE. Ginecología. 8° Edición, Editorial MANSO 2003; 96-104.
6. Hernández L. Enfermedades del tracto genital inferior. Revista Mexicana de Ginecología 2007; 1-7.
7. Usandizac Y. Ginecología y Obstetricia. Vol. 2. Madrid- España; 2000: 956.
8. Vorvick L, Citología vaginal articulo Medlineplus, Actualizado febrero 2011: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003911.htm> (Apertura: 18 de mayo 2012).
9. Varney M, Kriebs J, Gegor C. Partería profesional. 4° Edición. Washington; 2004: 1242 -1243.
10. Varela S. Revisión bibliográfica: Interpretación de los resultados de la Citología Cervical Revista Médica Honduras. 2005; 73:131-136
11. Addis I, Hatch K, Berek J, Enfermedad Intraepitelial del Cuello del Útero. En Ginecología de Novak. 14° Edición, 2008; 575-590.

12. Jiménez M, Jiménez B. Citopatología glandular del endocérnix, diagnóstico diferencial. Revista Española De Patología 2003; Vol. 36, Nº 1: 11-20
13. Fusco E, Padula F. Historia de la Colposcopia: Breve Biografía de Hinselman. J Prenat Med. 2008 Apr-Jun; 2(2): 19–23. Copyright© 2008. <http://www.nlm.nih.gov/pubmed/spanish/ency/article/pmc3279084.htm> (Apertura: 20 de mayo 2012).
14. Apgar B, Brotzman G, Spitzer M. Colposcopia Principios y Práctica. 2º Edición Editorial MASSON, 2009; 111-119.
15. Gori J, Lorusso A y cols. GINECOLOGÍA DE GORI. Editorial El Ateneo 2º edición; 2006; 130- 132.
16. González M, Bosquet J. Ginecología oncológica. 2ª edición, 2000; 105-120
17. Bidus M, Elkas J. Cáncer del cuello del útero y de vagina. En Ginecología de Novak. 14º Edición, 2008; 1460-1462.
18. Coronado P, Hallazgos colposcópícos anormales. Asociación Española de Patología cervical y Colposcopia. Madrid 2007; 11(3): 158- 165. <http://aepcc.org/download/congresos/xx/ponencias/21.html>. (Apertura: 3 de junio 2012).
19. Cherry Sh. Mujer: El cuidado de la salud femenina. Editorial Pax México, 1º Edición, 1994; 69.
20. Grases P. Patología ginecológica, bases para el diagnóstico. Editorial Masson, México, 2º Edición, 2003; 49.
21. Palo G, Dexeus S, Chanen W. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. Editorial Masson, Barcelona, 3º Edición, 2007; 4.
22. Bajo Arenas J, Lailla J, Xercavins J. Fundamentos de ginecología. Editorial Panamericana, Madrid, 2º Edición, 2009; 273.
23. Lascano A. Cáncer cérvicouterino, diagnóstico, prevención y control. Editorial médica internacional, Colombia, 2º Edición, 2005; 40.
24. Escobar S, Galeano A y cols. Atlas de citología cérvicovaginal. Editorial universidad de Antioquia, Colombia, 1º Edición, 2002; 82.

ANEXOS

ANEXO 1

COBERTURA DE CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL EN MUJERES DE 15 A 49
AÑOS DE EDAD EN ECUADOR (CON EXPERIENCIA SEXUAL), SEGÚN
RESULTADOS DE LA ENCUESTA ENDEMAIN. 1994, 1999, 2004

ENDEMAIN	Alguna vez	Últimos 2 años	Tamaño muestral
1994	52,9	83,9	3.730
1999	44,0	ND	5.711
2004	64,3	40,7	8.935

ND= no disponible

Chi2 (1994 vs. 2004)= 596,17 $p < 0,001$

FUENTE: CEPAR/ ENDEMAIN Elaboración: CEPAR

ANEXO 2

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS EN LA ETAPA DE EXPLORACIÓN

ETAPAS DE LA EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA	HALLAZGOS NORMALES	HALLAZGOS ANÓMALOS
1. Limpiar el cuello uterino con solución salina	Epitelio cilíndrico normal	Leucoplasia Pólipos Quistes de Naboth
2. Evaluar el cérvix con un filtro verde antes de la aplicación de ácido acético		Vasos atípicos
3. Evaluar el cérvix tras la aplicación de ácido acético al 3-5%	Orificios glandulares Metaplasia escamosa Unión escamo cilíndrica Cambios acetoblanco no específicos	Verrugas genitales. Cambios acetoblanco específicos en caso de enfermedad preinvasiva. Enfermedad de grados bajo y alto. Carcinoma cervical. Patrones vasculares anómalos. Vasos atípicos. Ulceraciones.
4. Evaluar el cuello uterino tras la aplicación de la solución yodada de Lugol	Tinción de color caoba oscura (epitelio glucogenado)	Sin tinción Variegada (epitelio no glucogenado)
5. Realizar el muestreo endocervical		
6. Realizar la biopsia dirigida por colposcopia		

ANEXO 3

CLASIFICACIÓN COLPOSCÓPICA DE LA IFPC. BARCELONA 2002

I	Hallazgos colposcópicos normales <ul style="list-style-type: none">• Epitelio escamoso original• Epitelio columnar• Zona de transformación
II	Hallazgos colposcópicos anormales <ul style="list-style-type: none">• Epitelio acetoblanco plano• Epitelio acetoblanco denso• Mosaico fino• Mosaico grosero• Punteado fino• Punteado grosero• Parcialmente positivo al yodo• Yodo negativo• Vasos atípicos
III	Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo
IV	Colposcopia insatisfactoria <ul style="list-style-type: none">• Unión escamo columnar no visible• Asociación con inflamación o atrofia severas, trauma• Cuello no visible
V	Hallazgos misceláneos <ul style="list-style-type: none">• Condilomas• Queratosis o leucoplasia• Erosión• Inflamación• Atrofia• Deciduosidad• Pólipos

ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPÍA. Autor: Coronado P. FUENTE: INTERNATIONAL FEDERATION FOR CERVICAL PATHOLOGY AND COLPOSCOPY, Barcelona 2002.

ANEXO 4
SISTEMA DE EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA DE RUBIN Y BARBO.

Grado	Color	Vasos	Borde	Superficie
Normal	Rosa translúcido	Finos Entramado Ramificación normal	Zona de transformación normal	Plana
Grado 1 LIEBG	Blanco	No	Difuso	Plana
Displasia leve	Blanco brillante	Punteado fino	Difuminado	Micropapilar
NIC 1	Blanco nieve	Mosaico fino	Floculado	Macropapilar
Grado 2 LIEAG	Mas blanco	No	Demarcado	Plana
Displasia moderada	Gris brillante	Punteado		Ligeramente elevada
NIC 2	Blanco	Mosaico		
Grado 3	Más blanco	No	Bien definido	Elevada
Displasia grave/CIS	Blanco apagado	Punteado marcado	Demarcado	
NIC 3	Blanco perla	Mosaico marcado	Borde interno	
Microinvasión	Rojo	Atípicos	Claramente demarcado	Nodular
Invasión evidente	Amarillo Gris apagado	Irregular Extraño	Descamación Margen enrollado	Ulcerada Necrótica

Apgar B, Brotzman G, Spitzer M. Colposcopia Principios y Práctica. 2° Edición Editorial MASSON, 2009

ANEXO 5

SISTEMA DE EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA DE REID

Signo Colposcópico	0 puntos	1 punto	2 puntos
Margen	<p>Contorno condilomatoso y micropapilar</p> <p>Bordes poco definidos</p> <p>Márgenes floculados y difuminados</p> <p>Lesiones dentadas y angulares</p> <p>Lesiones satélite.</p>	<p>Lesiones regulares con contornos rectos y suaves</p> <p>Márgenes periféricos bien definidos</p>	<p>Bordes descamados y enrollados</p> <p>Bordes internos entre áreas de apariencia diferenciada</p>
Color	<p>Blanco nieve brillante</p> <p>Cambio acetoblanco poco definido, semitransparente en lugar de completamente apagado</p>	<p>Grisáceo brillante</p> <p>Blanco intermedio</p>	<p>Gris perla apagado</p>
Vasos	<p>Calibre fino y uniforme</p> <p>Patrones dispuestos aleatoriamente</p> <p>Asas capilares no dilatadas</p> <p>Áreas mal definidas de patrón punteado o mosaico</p>	<p>Ausencia de capilares superficiales</p>	<p>Patrón de punteado o mosaico definido</p> <p>Vasos individuales dilatados, ordenados en patrones bien demarcados y definidos</p>
Tinción con yodo	<p>Captación de yodo positiva, que produce un color marrón caoba</p> <p>Tinción amarilla de una zona reconocible como lesión de grado bajo según criterios anteriores</p>	<p>Captación parcial de yodo (variegada y en forma de caparazón)</p>	<p>Tinción amarilla de la lesión que se puntúa 3/6</p> <p>Apariencia amarillo mostaza</p>
Puntuación colposcópica	0-2= Enfermedad de grado bajo	3-4= Enfermedad de grado intermedio	5-8= Enfermedad de alto grado

Apgar B, Brotzman G, Spitzer M. Colposcopia Principios y Práctica. 2º Edición Editorial MASSON, 2009